

IMPOSTA DI SOGGIORNO – ATTESTAZIONE PER ESENZIONE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ NATO/A A _____ PROV. _____

IL ____/____/____ RESIDENTE A _____ PROV. ____ VIA/PIAZZA _____

_____ N. ____ CAP _____ TEL _____ CELL _____

CODICE FISCALE																			
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

consapevole delle sanzioni penali in caso di falsità e di dichiarazioni mendaci, previste dall'art. 76 del DPR 445/2000,

DICHIARA

DI AVER PERNOTTATO DAL _____ AL _____ PRESSO LA STRUTTURA RICETTIVA _____:

- Per effettuare terapie presso la struttura sanitaria _____ DAL _____ AL _____;
- In qualità di accompagnatore del sig. _____ che effettua terapie presso la struttura sanitaria _____ DAL _____ AL _____;
- Per effettuare assistenza al sig. _____ che è degente presso la struttura sanitaria _____ DAL _____ AL _____;
- In qualità di autista di pullman o accompagnatore turistico che presta attività di assistenza a gruppi organizzati per conto della ditta _____, con sede in _____ avente il seguente codice fiscale _____
- In qualità di appartenente alle forze di Polizia Statale e locale, nonché al corpo nazionale dei Vigili del Fuoco per esigenze di servizio;
- e di essere portatore di handicap non autosufficiente;
- e di essere accompagnatore del sig. _____ portatore di handicap non autosufficiente;
- In qualità di partecipante ad "educational tour" promosso dal seguente ente pubblico o società a maggioranza pubblica _____;
- e di essere un dipendente della medesima struttura ricettiva e di avervi pernottato per motivi di lavoro.

La presente attestazione è resa in base agli art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 2000 e successive modificazioni e consegnata al gestore della struttura.

NOTE: _____

ALLEGATI: copia del documento di identità del dichiarante

DATA _____

FIRMA _____